

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE N° 293

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 avril 1899, à une heure

Par GONTRAN MASCAREL

Né à Monts-sur-Guesne (Vienne) le 26 mars 1868.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOÏDES

DU PLANCHER DE LA BOUCHE

Président : M. TILLAUD, professeur.

*Juges : MM. JOFFROY, professeur.
WALTHER et DUPRE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

293

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 avril 1899, à une heure

Par GONTRAN MASCAREL

Né à Monts-sur-Cuesne (Vienne) le 26 mars 1868.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOÏDES
DU PLANCHER DE LA BOUCHE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. JOFFROY, professeur.
WALTHER et DUPRE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERRY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A MON ONCLE

M. LE D^r JULES MASCAREL

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DERMOÏDES
DU
PLANCHER DE LA BOUCHE

INTRODUCTION

Le 14 septembre 1898, entré à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, lit n° 42 ; dans le service du professeur Le Dentu, alors remplacé par M. Morestin, chirurgien des hôpitaux ; un nommé D..., âgé de 23 ans, libéré prématurément du service militaire, à cause d'une tumeur de la région sus-hyoïdienne. Cette tumeur avait commencé il y a un an environ, sous forme d'une grosseur faisant saillie à l'extérieur de la bouche ; et soulevant la langue ; ce n'est qu'au moins six mois après qu'elle avait apparu à la région sus-hyoïdienne. Le major du régiment avait fait successivement à D... deux incisions ; l'une dans la bouche, l'autre sur la saillie extérieure ; mais cette

double intervention n'avait eu aucun résultat, et c'est pourquoi D... avait été réformé.

Lorsque celui-ci se présenta à nous à l'hôpital Necker, sa région sous-maxillaire gauche était considérablement déformée par une tumeur du volume d'un œuf qui occupait cette région tout entière, et qui d'autre part soulevait le plancher buccal en refoulant la langue en arrière et à droite. Du côté du cou, la peau au niveau de la tumeur, avait conservé son aspect à peu près normal, elle présentait seulement une petite cicatrice étoilée et irrégulière, reliquat de l'opération pratiquée au régiment. Du côté de la bouche la muqueuse soulevée avait également une coloration absolument normale.

Cette tumeur était molle et fluctuante ; toutefois, il faut l'avouer, la fluctuation ne se transmettait pas avec la plus grande netteté du plancher de la bouche à la région sous-maxillaire, ni inversement de cette dernière région, au plancher de la bouche.

Le début de la grosseur au niveau de la région sublinguale ; son développement lent, progressif, sa latéralité, sa fluctuation ; la coloration normale de la peau et de la muqueuse, tout semblait plaider en faveur de la grenouillette sus-hyoïdienne, et ce diagnostic semblait si évident, qu'il fut fait par tout le monde, par le chef de service, par les internes, et par les externes.

L'intervention décidée, fut pratiquée le 16 septembre 1898 par M. Morestin qui aborda la tumeur par la région sus-hyoïdienne. On constata alors avec

stupéfaction, qu'il s'agissait non pas d'une grenouillette sus-hyoïdienne, mais bien d'un volumineux kyste dermoïde du plancher de la bouche. Avec sa habileté habituelle, l'opérateur fit l'extraction complète de la poche kystique, sans ouvrir la cavité buccale, et le malade sortait de l'hôpital Necker le 25 septembre complètement guéri.

Ce cas extrêmement rare, puisqu'il s'agissait d'un kyste dermoïde latéral du plancher de la bouche, dont les observations se comptent, nous a vivement intéressé; et c'est pourquoi après avoir fait des recherches aussi complètes que possible, nous nous sommes décidé à choisir pour sujet de notre thèse : l'étude des kystes dermoïdes du plancher de la bouche.





HISTORIQUE

On trouve, paraît-il, dans Celse et Fabrice d'Acquapendente, quelques allusions aux kystes dermoïdes du plancher de la bouche. Mais la première observation relatée avec détails est celle de P. de Marchettis qui vivait à Padoue au xvii^e siècle, et qui aurait donné ses soins à un Père théatin, porteur d'un volumineux kyste latéral du plancher de la bouche.

En 1775, Gérard, dans sa *lupulogie*, essaie de distinguer les loupes sublinguales des grenouillettes proprement dites.

En 1778, Jourdain dans son *Traité des tumeurs*, décrit des kystes sublinguaux à contenu mélicérique.

Un peu plus tard, Benj. Bell (1), Heister (2), Loder (3), publient quelques faits isolés.

Mais le premier travail d'ensemble fut fait en 1845 par Bertheraud qui publia dans sa thèse un cer-

1. Benj. Bell. *Traité des Maladies chirurgicales*, 1796.

2. Heister. *Heisteri opera chirurgica*, sect. II, caput 89.

3. Loder. *Journal de Chirurgie*, t. III, 1796.

tain nombre d'observations bien détaillées et indiscutables.

Quelques années plus tard, Lebert essaye d'établir la pathogénie des dermoïdes ; puis viennent la thèse de Perrault (1858) et l'excellent travail de Landetta (1863).

A peu près vers la même époque, Cruveilhér (1) de Monfumat (2), Paquet (3), Bryant (4), Verneuil (5), Padiou (6), Newmann (7), Gueterloch (8), publiaient de nouvelles observations bien complètes.

En 1877, Cusset (9) dans sa thèse, étudiait avec soin la pathogénie des kystes dermoïdes, tandis que l'année suivante dans une excellente leçon clinique, le professeur Richet (10) insistait sur les difficultés du diagnostic de ces tumeurs.

En 1881, MM. Théophile Auger, Duplay (11) et Nicaise communiquaient à la Société de chirurgie de nouveaux faits, tandis que Combalat (12) y lisait un excellent mémoire.

1. Cruveilhér. Soc. anatom., 1862.

2. De Montfumat. Soc. anatom., 1865.

3. Paquet. *Archiv. gén. de Méd.*, 1867.

4. Bryant. *Clinical Surgery*, 1870, p. 170.

5. Verneuil. Soc. anatom., 1872.

6. Padiou. *France Médicale*, 1874.

7. Newmann. *Arch. f. Klin. chir.*, 1877.

8. Gueterloch. *Arch. f. Klin. chir.*, 1878.

9. Cusset. Th. Paris, 1877.

10. Richet. *Leçon clinique*, 10 décembre, 1870.

11. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1881, T. VII, p. 498.

12. Combalat. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1884, T. VII, p. 504.

En 1882 paraît la thèse de Gelié à Paris, et celle de Pillon à Nancy.

En 1883, Ozenne publie dans les *Archives générales de Médecine* un excellent travail basé sur une leçon clinique de Gosselin, et sur 21 observations.

En 1886, paraît une très bonne monographie de M. Gérard-Marchant (1) appuyée sur trente observations, et dans laquelle l'auteur se préoccupant surtout des adhérences des kystes au squelette, propose de diviser ceux-ci en kystes adgénieniens ou fixés aux apophyses génii, et en kystes adhyoïdiens ou fixés à l'os hyoïde.

En 1887, M. Reclus (2) publie une remarquable leçon clinique, dans laquelle il insiste sur la nécessité de l'extirpation complète du kyste, et se prononce nettement en faveur de la voie sus-hyoïdienne.

A peu près vers la même époque MM. Lannelongue et Achard (3) dans leur *Traité des kystes congénitaux*; et un peu plus tard MM. Lannelongue et Ménard (4), dans leur *Traité des affections congénitales*, rassemblent la plupart des faits connus, et les étudient surtout au point de vue pathogénique.

Le 7 janvier 1891 à propos du rapport de M. Delens sur un cas de Schmitt (5), on discute à la Société de chirurgie le traitement des kystes dermoïdes

1. G. Marchant. *Bull. Soc. Anatom.* 1886, 4^e série, T. XV, p. 653.

2. Reclus. *Gaz. Hebdom.*, 1887, n° 5, p. 75.

3. Lannelongue et Achard. *Des kystes congénitaux*, 1886.

4. Lannelongue et Ménard. *Des affections congénitales*, 1891.

5. Schmitt. *Arch. de méd. et chir. Militaires*, 1891, p. 151.

sublinguaux, et presque tous les membres présents, se prononcent pour la grande majorité des cas en faveur de la voie sus-hyoïdienne.

En 1892 Caye (1) dans sa thèse, réunit 45 observations et les étudie surtout au point de vue clinique.

A peu près à cette époque, MM. Duplay (2), Gérard-Marchant (3), Bazy (4), Quénu (5), Monod et Routier (7) publient de nouveaux faits très intéressants.

Le 1^{er} juin 1892 M. Quénu à la Société de chirurgie, ouvre une nouvelle discussion sur la voie à suivre, et de nouveau la plupart des membres présents se prononcent pour la voie sus-hyoïdienne.

En 1893, Faure (8) dans sa thèse inspirée par M. Poncet de Lyon, préconise simplement comme traitement l'incision et le râclage avec cautérisation de la poche puis le tamponnement à la gaze iodoformée jusqu'à fermeture de la plaie.

Plus récemment enfin il nous faut citer les bonnes

1. Caye. Th. Paris, 1892.
2. Duplay. *Bull. méd.*, 1891, p. 493.
3. G. Marchant. *Bull. Soc. chir.*, 1891, p. 28.
4. Bazy. *Bull. Soc. chir.*, 1891, p. 28.
5. Quénu. *Bull. Soc. chir.*, 1892, p. 387.
6. Monod. *Bull. Soc. chir.*, 1892, p. 487.
7. Routier. *Bull. Soc. chir.*, 1892, p. 171.
8. Faure. Th. de Lyon, 1893.

thèses de Buscarlet (1), Rolland (2) et Martin (3).

1. Buscarlet. Th. de Genève, 1893.

2. Rolland. Th. Montpellier, 1894.

3. Martin. Th. Paris, 1895.





ÉTIOLOGIE-PATHOGÉNIE

Les kystes dermoïdes sont à n'en pas douter des productions congénitales; mais le moment où se fait leur développement est extrêmement variable. Ils peuvent se montrer à tous les âges de la vie ; toutefois, c'est vers l'adolescence, et plus particulièrement autour de la vingtième année qu'on les observe le plus souvent.

Rolland (1) qui a réuni dans sa thèse 51 observations les a groupées de la façon suivante; au point de vue de l'âge :

De la naissance à l'âge de 5 ans	4 cas.
De 5 ans à » 10 ans	4 cas.
De 10 ans à » 15 ans	2 cas.
De 15 ans à » 20 ans	11 cas.
De 20 ans à » 25 ans	16 cas.
De 25 ans à » 30 ans	8 cas.
De 30 ans à » 35 ans	3 cas.
Au delà de 50 ans	2 cas.

Dans une observation; l'âge n'était pas indiqué.

1. Rolland. Th. Montpellier, 1894.

Le sexe semble jouer également un certain rôle au point de vue de l'étiologie, car d'après la statistique de Rolland les garçons seraient plus fréquemment atteints que les filles, et cela dans la proportion des deux tiers environ.

Enfin il est actuellement impossible de savoir si l'hérédité et les traumatismes doivent être considérés, comme causes prédisposantes, car ces facteurs sont rarement mentionnés dans les observations.

La pathogénie des kystes dermoïdes du plancher de la bouche, a donné lieu à de nombreuses controverses. De nombreuses théories ont été produites pour expliquer le développement de ces tumeurs mais la plupart de ces théories telle que l'héténotopie plastique de Lebert, et la diplagénèse, sont délaissées aujourd'hui. Nous ne rappellerons pas ici ces diverses théories, toutefois insisterons-nous avec quelques détails sur les deux théories principales, admises aujourd'hui, celle de Remak ou de l'invagination, celle de Verneuil ou de l'enclavement.

D'après Remak, la peau, pendant la vie fœtale, s'invaginerait en un point et se plisserait comme le ferait un vêtement trop large. Cette portion de peau rentrant de plus en plus finirait par ne plus tenir au tégument voisin que par un pédicule. Ce pédicule se romprait à un moment donné, et la poche invaginée se trouverait ainsi isolée, au milieu des tissus profonds. Les éléments cutanés ainsi emprisonnés, sommeilleraient suivant Remak pendant un temps plus ou moins long, mais tôt ou tard se rappelant

leurs fonctions primitives, se mettraient à proliférer et à sécréter, comme leurs congénères.

Malheureusement cette ingénieuse théorie, admise encore par quelques auteurs, a le grave inconvénient de ne pas expliquer pourquoi les kystes dermoïdes affectent certains sièges de prédilection bien déterminés, tels que la queue du sourcil et les raphés médians de la face et du cou.

La théorie de l'enclavement est encore la théorie la plus en faveur, et c'est certainement celle qui répond le mieux à la généralité des faits. Cette théorie, Verneuil l'avait formulée en 1852 pour les kystes dermoïdes du pourtour de l'orbite; plus tard il la formula de nouveau pour les kystes dermoïdes du plancher de la bouche. C'est cette théorie que le professeur Lannelongue a cru devoir accepter, et qu'il défend avec conviction dans son *Traité des kystes congénitaux*. Toutefois, pour bien la comprendre il est nécessaire de rappeler auparavant les quelques notions suivantes d'embryologie.

La face et la région antéro-latérale du cou, sont formées par quatre bourgeons latéraux pairs, qui, partis des côtés de la noto-corde, viennent converger et se réunir avec les quatre bourgeons symétriques de l'autre moitié du corps. Ces bourgeons appelés « arcs branchiaux » sont séparés les uns des autres par des fentes transversales dites « fentes branchiales ». Les quatre bourgeons d'un côté sont séparés des quatre bourgeons symétriques du côté opposé, par un sillon médian.

La première fente branchiale correspond à l'orbite et sépare le bourgeon frontal du bourgeon maxillaire.

La deuxième fente correspond au bord inférieur de la mâchoire.

La troisième fente correspond au bord inférieur de l'os hyoïde.

La quatrième fente correspond à la membrane miothyroïdienne.

La seconde et la troisième fente seules nous intéressent.

La seconde fente sépare le bourgeon maxillaire du bourgeon supérieur du cou. La partie inférieure de ce bourgeon maxillaire formera le maxillaire inférieur. Primitivement, à la place que doit occuper cet os, se trouve le cartilage de Meckel, et, fait très important, l'os véritable commence à apparaître sur la face externe de ce cartilage.

La troisième fente branchiale de chaque côté, sépare le bourgeon supérieur du cou, du bourgeon inférieur. Le bord supérieur de cette fente, c'est-à-dire la partie inférieure du bourgeon inférieur du cou, formera l'os hyoïde.

Les arcs branchiaux sont évidemment recouverts par l'ectoderme qui formera la peau.

Normalement, les deux bourgeons situés au même niveau, se soudent par leur extrémité antérieure. Cependant suivant Verneuil, il peut arriver que par hasard les arcs branchiaux ne se soudent pas ou se soudent incomplètement. Il en résulte alors qu'à ce

niveau la peau s'enfonce, en formant une sorte de godet cutané qui devient de plus en plus profond. Le collet de ce godet, à force d'être étiré finit par se rompre, et la portion de peau enclavée est isolée du revêtement cutané. Il suffit alors que les éléments cutanés emprisonnés se mettent à proliférer, pour que le kyste dermoïde soit constitué. Ainsi s'expliquent les adhérences au squelette de cette variété de kyste, et la situation médiane habituelle.

Ce fait que le kyste dermoïde quand il adhère au maxillaire inférieur s'insère toujours à la face postérieure de cet os s'explique, d'après MM. Lannelongue et Achard, par cette considération que le maxillaire inférieur prend naissance comme nous l'avons dit ailleurs à la face externe du cartilage de Meckel qui constitue la machoire de l'embryon qu'il s'agit d'une formation secondaire et relativement tardive, apparaissant bien après le moment de l'évolution où ont pu se produire les petits enclavements ectodermiques dont il s'agit, et qu'il n'est pas étonnant que se développant à la face externe du cartilage de Meckel, il est, par ce fait même, dans une situation antérieure à celle des productions kystiques qui peuvent résulter de ces enclavements... Ces faits méritent d'autant plus d'être rappelés, qu'il y a quelques années on a voulu invoquer pour ces tumeurs une théorie toute différente.

Des travaux importants avaient attiré l'attention sur le canal de Bochdaleck ; le tractus thyro-glosse, et leur rôle pathologique. Exagérant des don-

nées dont la valeur était incontestable, on a voulu un instant faire rentrer tous les kystes du plancher de la bouche dans le domaine des affections dépendant du tractus thyro-glosse » (1).

Le professeur Lannelongue invoquant la structure histologique du kyste dermoïde, a repoussé formellement la théorie qui voulait faire de la variété kystique que nous étudions, un dérivé du canal de Bochdaleck. L'opinion du professeur Lannelongue est pleinement justifiée aujourd'hui, en ce qui concerne les kystes dermoïdes proprement dits, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus fréquents des kystes congénitaux du plancher de la bouche.

Ce qui précède s'applique surtout aux kystes dermoïdes médians de la région sus-hyoïdienne. Pour ce qui est des kystes latéraux, malgré leur situation latérale ; ils sont quelquefois eux aussi réunis par un pédicule à la partie moyenne du maxillaire ou de l'os hyoïde ; mais ce fait est inconstant, et le plus souvent ils sont dépourvus de toute connexion squelettique.

Les kystes dermoïdes latéraux du plancher de la bouche sont d'ailleurs exceptionnels, et pour expliquer leur genèse, il faut, dit M. Morestin « admettre un enclavement latéral pendant la formation du champ mesobranchial » (2).

1. Morestin. *Traité de chirurgie Le Dentu Delbet*, t. VI, page 270.

2. Morestin, *loc. cit.*



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes dermoïdes sus-hyoïdiens ont généralement une forme arrondie, ellipsoïde, et leur volume varie des dimensions d'un pois à celui d'une grosse orange. Cependant lorsque les malades se décident à venir consulter le chirurgien, la tumeur est habituellement du volume d'une noix ou d'un petit œuf de poule.

Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche sont situés sur le plan médian; dans certains cas exceptionnels cependant, ils sont latéraux comme dans notre observation personnelle.

Les rapports qu'ils affectent avec les différents plans qui constituent le plancher de la bouche, sont très variables; cependant un certain nombre d'auteurs ont tenté en s'appuyant sur ces rapports, d'établir une classification des kystes dermoïdes.

C'est ainsi que d'après Barker il faudrait ranger ceux-ci en :

1° Kystes unilatéraux situés entre les muscles géniens et mylo-hyoïdien.

2° Kystes médians entre les géniens.

3° Kystes bilatéraux.

Mais comme le font remarquer MM. Lannelongue et Ménard, la dernière variété ne mérite pas une place distincte, car toutes les fois qu'un kyste du plancher de la bouche atteint un certain développement, il occupe nécessairement les deux côtés.

Strekheisen prend les rapports du kyste avec l'os hyoïde comme base de sa classification et distingue :

1° Des kystes pré-hyoïdiens plus superficiels que le muscle mylo-hyoïdien ; sous-cutanés par conséquent.

2° Des kystes supra-hyoïdiens entre les génio-hyoïdiens, ou dans leur substance.

3° Des kystes épi-hyoïdiens entre les génio-glosses, au-dessus des muscles génio-hyoïdiens.

4° Des kystes intra-hyoïdiens, dans la concavité de l'os hyoïde.

Cette nomenclature est évidemment très défectueuse, car elle fait graviter tous les kystes autour de l'os hyoïde, et ne tient pas compte de ce fait que la plupart des tumeurs dermoïdes proprement dites du plancher de la bouche n'ont pas de rapport direct avec cet os, et que d'autres sont en connexion intime avec le maxillaire.

M. Gérard-Marchant ne tenant compte que des adhérences osseuses, propose de diviser les kystes dermoïdes sus-hyoïdiens en kystes adgénieniens adhérents aux apophyses géni, et en kystes adhyoïdiens, adhérant à l'os hyoïde. Non seulement l'anatomie

pathologique mais encore la clinique justifieraient cette division, et il serait possible par l'examen méthodique du plancher de la bouche, d'en faire le diagnostic avant toute intervention. Malheureusement des cliniciens éminents ont contesté ce dernier point à la *Société de Chirurgie*; et d'autre part des travaux récents ont démontré que les adhérences squelettiques étaient très inconstantes.

Comme le fait remarquer le professeur Lannelongue, il serait logique de répartir ces kystes en groupes distincts, suivant l'ordre de superposition des plans, d'après leur situation dans l'épaisseur du plancher buccal. On réunirait ainsi ensemble tous les kystes sous-cutanés; tous les kystes placés sous l'aponévrose superficielle; etc., en faisant une classe spéciale pour chaque plan de tissu, ou chaque loge aponévrotique; depuis la peau de la région sus-hyoïdienne, jusqu'à la muqueuse sublinguale ou linguale. Un type du premier groupe par exemple serait le cas observé par M. Bazy d'un kyste sous-cutané; un type du dernier groupe au contraire serait celui observé par Hadden d'un kyste soulevant la muqueuse de la langue en arrière des papilles caliciformes.

Mais cette classification ne saurait présenter qu'un intérêt purement théorique. Pratiquement en effet il est le plus souvent impossible de reconnaître le siège primitif du kyste; car, lorsque les malades se décident à venir consulter, la tumeur a depuis longtemps franchi les limites de la loge qu'elle occupait

au début, pour venir faire saillir la bouche ; soit enfin des deux côtés à la fois :

« Le mieux est donc de ne pas trop chercher à préciser, et de décrire simplement des kystes médians et des kystes latéraux, quitte à compléter la notion du kyste médian en ajoutant une épithète, quand par bonheur on aura pu constater son rapport avec le maxillaire ou l'os hyoïde » (1).

Extérieurement le kyste est séparé des organes voisins par un tissu cellulaire plus ou moins lâche, sauf toutefois quand il a suppuré, ou quand il a été irrité par différentes manœuvres telles que ponction, injections caustiques. Dans ce cas en effet, le kyste adhère d'une façon intime à tout ce qui l'entoure.

Cependant, même en dehors de toute infection et de toute imitation, on trouve fréquemment une adhérence soit au maxillaire inférieur soit à l'os hyoïde. Le kyste est alors relié à l'un ou à l'autre de ces deux os par un cordon fibreux plus ou moins volumineux et plus ou moins résistant. Ce cordon généralement plein, quelquefois canaliculé comme chez les malades de Nicaise et de Combalat ; va directement s'attacher au squelette dans la grande majorité des cas. Cependant parfois ; il se confond avec un des tendons des muscles géniens, ou encore avec les membranes aponévrotiques qui partent de l'os hyoïde ; et il s'attache ainsi indirectement au squelette.

1. Morestin, *loc. cit.*

D'ailleurs comme nous l'avons déjà dit tout à l'heure en discutant la classification de M. Gérard-Marchant, cette adhérence est loin d'être constante; d'après Rolland même, elle manquerait dans la majorité des cas.

La paroi du kyste est constituée par une membrane résistante dont l'épaisseur moyenne varie de 1 à 2 millimètres. Sa surface externe un peu rugueuse, répond au tissu cellulaire lâche qui entoure le kyste ; sa face interne est généralement unie et lisse ; quelquefois cependant elle présente un aspect gaufré dû à la présence des follicules pileux et des orifices des glandes sébacées, plus rarement elle a une apparence velvétique tenant à la desquamation épidermique.

L'examen microscopique d'après les descriptions d'Ozenne et du professeur Lannelongue, permet de reconnaître plus ou moins nettement suivant les cas les trois couches suivantes, qui sont en allant de dehors en dedans.

1° Le derme. Celui-ci a conservé ici sa structure normale ; c'est-à-dire qu'il est constitué par un stroma fibro-conjonctif, mêlé de fibres musculaires lisses et de vaisseaux sanguins plus ou moins abondants. Ça et là on peut voir des follicules pileux et des glandes sébacées ; jamais des glandes sudoripares.

2° Le corps papillaire généralement rudimentaire, constitué par des cellules polygonales.

3° L'épiderme constitué par un épithélium pavimen-

teux stratifié; dont les cellules les plus intenses forment une couche cornée, d'une épaisseur variable qui se desquamme et devient difficilement différentiable.

Le contenu du kyste est constitué par de la matière sébacée qui provient de la desquamation de la couche interne. C'est ordinairement une purée blanchâtre ou jaunâtre; plus ou moins consistante et ressemblant à du mastic. Quelquefois cette matière contient des grumeaux blanchâtres comparables à des grains de riz cuits; rarement on y trouve des poils, jamais des dents.

Le microscope permet de reconnaître dans cette substance des débris de cellules épidermiques desquamés, des globules graisseux et des cristaux de cholestérine.

Le Professeur Verneuil, son élève M. Clado et M. Poncet du Val-de-Grâce, ont recherché si la matière sébacée ne contenait pas de microbes; mais leurs recherches ont abouti à des résultats négatifs, sauf pour les kystes enflammés ou fistulisés, dans lesquels il est alors très facile de trouver le streptocoque et le staphylocoque qui y pullulent.





SYMPTOMES

Le début des kystes dermoïdes du plancher de la bouche passe presque toujours inaperçu ; car l'évolution de ces tumeurs est habituellement lente, graduelle, et s'effectue sans occasionner de douleurs. Aussi les malades hésitent-ils à venir consulter le médecin ; et ne se décident-ils finalement que lorsque le kyste a atteint le volume d'un œuf ou tout au moins d'une grosse noix.

Dans quelques observations cependant, le diagnostic a été fait dès le début, alors que la tumeur était à peine de la grosseur d'une noisette. Mais alors c'est tout à fait par hasard que le clinicien en a fait la découverte, en examinant le malade pour une toute autre affection. Il est rare d'ailleurs que la simple inspection de la bouche ou de la région sous-hyoïdienne suffise pour permettre au médecin de reconnaître un kyste au début ; il faut en effet surtout palper très soigneusement le plancher de la bouche en tous sens ; pour arriver à sentir en un certain point, une saillie anormale plus ou moins fluctuante dont le malade ne soupçonnait pas le moins du monde l'existence.

Les kystes dermoïdes sus-hyoïdiens ne déterminent donc au début aucun trouble fonctionnel capable d'attirer l'attention du patient, et par suite du clinicien. Toutefois cette règle, toujours juste lorsqu'il s'agit d'adultes, ne doit pas être acceptée sans réserves, lorsqu'il s'agit d'enfants ; et surtout de nouveau-nés. Dans ce dernier cas en effet, on a constaté parfois une gêne très marquée de la succion, qui n'avait d'autre cause que l'existence d'une très petite tumeur du plancher de la bouche.

Lorsque le kyste dermoïde est devenu suffisamment volumineux pour incommoder celui qui le porte ; lorsqu'il a atteint la grosseur d'un œuf par exemple, voici en général ce qu'on observe.

La région sus-hyoïdienne est déformée, soulevée sur la ligne médiane par une saillie plus ou moins considérable ; mais toujours arrondie ; hémisphérique ou ovoïde. Au niveau la peau a conservé sa coloration normale, à moins qu'il n'y ait inflammation du kyste ; auquel cas les téguments prennent généralement une teinte vineuse plus ou moins foncée.

Si l'on fait ouvrir la bouche du malade, on aperçoit une tumeur plus ou moins volumineuse qui soulève la région sublinguale et rejette la langue en haut et en arrière. Cette tumeur occupe ordinairement la ligne médiane, et alors le frein de la langue la partage en deux parties symétriques ; mais cette règle est loin d'être absolue ; et dans un assez grand nombre de cas, la tumeur proémine d'un côté du plancher de la bouche.

D'ailleurs lorsque le kyste est très volumineux, il n'est pas rare d'observer outre la déformation des parties molles, des déformations considérables du squelette, en particulier du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur.

Comme le fait remarquer Rolland dans sa thèse il est indispensable pour éviter la confusion avec la grenouillette, d'examiner attentivement la couleur de la muqueuse buccale qui recouvre la tumeur. « Cette muqueuse lorsqu'il s'agit d'un kyste dermoïde, est presque toujours opaque ; quelquefois rosée, sillonnée par une ou plusieurs veines plus ou moins volumineuses. Plus rarement elle est lisse, unie, et laisse apercevoir une coloration blanchâtre ou jaunâtre due à la présence de la matière sébacée de la poche kystique » (1). Lorsqu'il s'agit d'une simple grenouillette au contraire, la muqueuse sublinguale est transparente et présente une teinte bleuâtre caractéristique.

Ajoutons que dans le cas de kyste dermoïde il est aisé de constater la perméabilité des canaux de Wharton en déposant une substance sapide dans la bouche. On voit alors en effet la salive sourdre abondamment par les deux petits orifices situés de chaque côté du frein de la langue.

Habituellement, comme nous venons de le dire, les kystes dermoïdes font à la fois saillie au niveau de la région sublinguale, et au niveau de la région

1. Rolland, Th. Montpellier, 1894.

sus-hyoïdienne; quelquefois cependant, dans des cas très rares d'ailleurs, ils proéminent exclusivement soit du côté de la bouche, soit du côté de la peau.

L'exploration par le palper, du plancher de la bouche est quelquefois assez difficile, à cause de la tonicité des muscles qui constituent cette région. Pour bien se rendre compte, il est indispensable de faire une sorte de palper bimanuel, en plaçant d'une part un doigt sous la langue, et d'autre part un doigt sur la région sus-hyoïdienne. On constate alors que la tumeur kystique qui occupe le plancher de la bouche est habituellement lisse, bien limitée, nettement circonscrite, et qu'elle est parfaitement indolente. La consistance en est très variable, parfois elle est dure, au point de simuler une tumeur solide; d'autres fois elle est molle, pseudo-fluctuante, ou même nettement fluctuante; dans certains cas enfin, la tumeur pourrait, paraît-il, conserver l'empreinte du doigt sous forme de godet. Pour quelques auteurs, le dernier signe serait absolument pathognomonique, malheureusement il existe très rarement, et de plus, quand il existe, il est très difficile de le constater au dire des auteurs mêmes qui l'ont décrit.

La peau et la muqueuse sont généralement complètement indépendantes de la tumeur, et se laissent facilement plisser sur elle; à condition toutefois qu'une inflammation antérieure, ou encore qu'une imitation quelconque, telle qu'une ponction, ou

une injection médicamenteuse n'aient déterminé des adhérences.

Il est quelquefois possible de reconnaître les attaches du kyste dermoïde soit au maxillaire, soit à l'os hyoïde ; mais M. Gérard-Marchant va certainement beaucoup trop loin lorsqu'il prétend qu'on peut déterminer en clinique d'une façon assez constante le point d'implantation, et reconnaître si on a affaire à un kyste adgénien ou adhyoïdien : « Les adhyoïdiens, dit-il, suivent cet os dans les mouvements de la déglutition. Pour être sûr de ne pas être victime d'une illusion et de ne pas rapporter à la tumeur, une mobilité qui appartient à toute la région sus-hyoïdienne, il suffit d'interposer le pouce et l'index de la main droite entre la tumeur et l'os hyoïde. Alors dans les mouvements de déglutition, la tumeur vient buter contre le doigt, et témoigner ainsi de ses adhérences hyoïdiennes ».

On a fait de nombreuses objections à cette théorie ; nous ne retiendrons ici que les principales. D'abord comme nous l'avons déjà dit bon nombre de kystes sont absolument dépourvus d'insertions osseuses ; et, dès lors, échappent à la classification de M. Gérard-Marchant. Ensuite, il n'est pas juste de prétendre que les kystes adhyoïdiens seuls suivent l'os hyoïde dans les mouvements de la déglutition. C'est ainsi par exemple que dans une observation de Rolland, la tumeur kystique quoique uniquement adhérente au maxillaire, se reconnaît cependant avec l'os hyoïde. Ce fait, dit Rolland,

s'expliquait d'ailleurs facilement de la façon suivante : « Le kyste reposait sur la sangle mylo-hyoïdienne et sur les muscles génio-hyoïdiens, qui attireraient en haut et en avant à la fois l'os hyoïde et le kyste ».

Lorsque les tumeurs qui nous occupent ont atteint un certain volume, égal ou supérieur par exemple à celui d'un œuf de poule, elles peuvent donner lieu à des troubles fonctionnels assez graves.

Nous avons vu que dans les nouveau-nés, la succion était gênée même par de petits kystes. On comprend donc que cette fonction puisse devenir impossible lorsque ces kystes acquièrent un certain volume. L'alimentation de l'enfant devient alors très difficile.

Chez l'adulte, la salive s'écoule continuellement au dehors, à cause de la surélévation du plancher buccal et la mastication devient très pénible.

La tumeur refoulant la langue en haut et en arrière, les mouvements de celle-ci sont très gênés, et dès lors la déglutition se fait mal.

Par suite du rejet de la langue en arrière, l'épiglotte se trouve abaissée, et retrécit notablement l'orifice supérieur des voies aériennes.

La phonation et la respiration peuvent être alors gravement compromises comme chez le malade de M. Reclus qui vint du fond du Béarn à Paris et qui faillit mourir d'asphyxie.



DIAGNOSTIC

Nous avons vu tout à l'heure, en étudiant les symptômes, qu'à la période de début les kystes dermoïdes du plancher de la bouche passaient presque toujours inaperçus, et que lorsqu'ils étaient reconnus à cette période, c'était tout à fait par hasard, et à l'occasion d'une toute autre affection pour laquelle le malade était venu consulter le médecin.

Plus tard, lorsque la tumeur kystique a acquis un volume suffisant pour déterminer une gêne plus ou moins accusée de la déglutition, le diagnostic devient beaucoup plus facile. « Si, dit Rolland, une tumeur apparue de bonne heure s'est développée lentement, exactement médiane, sans réaction inflammatoire, avec une consistance de mastic, conservant l'empreinte du doigt, mobile sous la peau et sous la muqueuse qui présente une opacité complète ou une coloration blanchâtre ou jaunâtre, si en même temps les canaux de Wharton sont restés perméables il ne faut pas hésiter à faire le diagnostic de kyste dermoïde, et la ponction serait superflue. » (1)

1. Rolland. Thèse de Montpellier, 1894.

Malheureusement il est rare que les tumeurs qui nous occupent se présentent avec une symptomatologie aussi complète. Presque toujours en effet, un certain nombre de signes très importants manquent, et ce n'est qu'en procédant par élimination successive, que le clinicien arrive à faire un diagnostic exact, surtout quand le kyste au lieu d'être médian, est latéral.

Il faut d'abord se méfier de la confusion possible avec un certain nombre de tumeurs solides, telle que les sarcomes, les épithéliomes, et les adénites chroniques, en particulier les adénites tuberculeuses à la période de crudité. Mais ces différentes tumeurs, même lorsqu'elles n'ont pas envahi la peau, se reconnaissent généralement avec une grande facilité, grâce à leurs caractères ordinaires : diffusion, engorgement ganglionnaire, adhérence à la peau et aux tissus voisins ; état général du malade, absence de fluctuation, et même de pseudo-fluctuation, etc.

Parmi les tumeurs demi-solides, deux surtout méritent d'attirer plus particulièrement notre attention, car elles peuvent prêter facilement à confusion ; ce sont les lipomes et les tumeurs érectiles.

Comme les kystes dermoïdes, les lipomes ont habituellement une marche lente, progressive, indolente, sans réaction inflammatoire, et une fausse fluctuation. Mais ces tumeurs s'observent très rarement au niveau de la région qui nous occupe ; en outre, elles se développent primitivement vers la peau de la région sus-hyoïdienne ; et ne soulèvent

le plancher buccal que légèrement, même quand elles ont atteint un volume relativement énorme. D'ailleurs, au palper on n'apas la consistance pâteuse de la matière sébacée ; mais on sent une mollesse élastique, fuyante, et quelquefois suivant Morel-Lavallée, on perçoit une sensation spéciale, caractéristique, de « bosselures et de collision crépitante. »

Les tumeurs érectiles bien étudiées par Dolbeau, et désignées sous le nom de grenouillettes sanguines, sont habituellement assez faciles à reconnaître, car elles sont violacées, réductibles, molles au repos, tendues et gonflées pendant les efforts. D'ailleurs, en cas d'hésitation, la ponction exploratrice léverait vite tous les doutes.

Les abcès chauds, grâce à leurs caractères habituels, chaleur, rougeur, douleur et tuméfaction, ne peuvent évidemment prêter à confusion ; mais dans certains cas exceptionnels les kystes dermoïdes du plancher de la bouche peuvent s'enflammer et supurer, et alors le diagnostic est souvent impossible avant l'incision et l'exploration de la poche purulente.

Les kystes hydatiques s'observent très rarement au niveau de la région sus-hyoïdienne ; cependant ils n'en existent pas moins, comme le prouvent le cas de Gosselin et de Richet. La ponction exploratrice et la recherche au microscope des crochets sont alors les seuls moyens de diagnostic.

La grenouillette par hydropisie aiguë de la bourse séreuse de Fleischmann, ne fait jamais saillie que du

côté de la bouche. D'ailleurs nous n'avons pas à insister ici sur ce diagnostic différentiel, car la bourse séreuse en question admise en Allemagne, ne l'est jamais guère en France ; et d'après les travaux de M. Poucet de Lyon et de son élève Faure (1), les kystes de la bourse séreuse de Fleischmann, seraient simplement des kystes congénitaux.

Le diagnostic différentiel avec les grenouillettes vulgaires est aujourd'hui assez facile ; cependant certains cas exceptionnels peuvent encore donner lieu à une interprétation erronée.

Pour les hystes médians, leur aspect clinique diffère sensiblement de celui de la grenouillette ordinaire. Celle-ci fait toujours saillie principalement dans la bouche ; et est habituellement latérale. Sa teinte bleuâtre est caractéristique ; sa consistance plus molle, sa paroi plus mince ; l'absence d'adhérences osseuses, permettent généralement de la distinguer. Toutefois il existe des grenouillettes en bissac, comme dans le cas de Schmidt, pour lesquelles il est très facile de se tromper.

Quand il s'agit de kyste dermoïde latéral, le diagnostic devient très difficile, et souvent même impossible. C'est ainsi que l'erreur était inévitable dans le cas que nous avons observé, car l'analyse minutieuse n'avait pu apporter aucun élément sérieux de diagnostic.

Cependant, en pareille circonstance, dit M. Mo-

1. Faure. Th. de Lyon, 1893.

restin, il y a un fait qui peut et doit guider le chirurgien : « C'est que la grenouillette sus-hyoïdienne est, l'étude des observations le prouve, presque toujours précédée par le développement d'une grenouillette sublinguale. C'est en général après que celle-ci a été ponctionnée, injectée, incisée, qu'on voit se produire la tumeur sus-hyoïdienne. En l'absence de ces commémoratifs, toutes choses égales d'ailleurs, il faudrait plutôt pencher en faveur du kyste dermoïde. »

Quant aux kystes mucoïdes du plancher de la bouche, il est rare que le simple examen clinique, même suivi de la ponction exploratrice, permette d'en reconnaître la véritable nature. Habituellement en effet, ce n'est qu'après l'opération qu'un examen histologique rigoureux permet d'affirmer le diagnostic.





MARCHE — PRONOSTIC

Comme nous l'avons déjà dit à propos des symptômes, les kystes dermoïdes du plancher de la bouche se développent en général lentement et progressivement. Cependant quelquefois ils peuvent rester très longtemps stationnaires; dix ans, quinze ans, vingt ans par exemple; puis ils reprennent leur développement interrompu à l'occasion d'un traumatisme par exemple, ou même sans cause apparente. En tous cas, ils ne rétrocèdent jamais.

L'inflammation et la suppuration des kystes dermoïdes s'observent très rarement. L'ouverture de l'abcès se fait alors presque toujours au niveau de la région sus-hyoïdienne, et il en résulte habituellement une fistule qui persiste indéfiniment si le chirurgien n'intervient pas.

Quant à la dégénérescence maligne des kystes du plancher de la bouche; elle a été signalée comme possible par certains auteurs, mais elle n'a jamais été observée.



TRAITEMENT

Bien que le Pronostic des kystes dermoïdes soit en définitive bénin, on ne saurait cependant les abandonner à eux-mêmes ; car ils constituent une difformité disgracieuse et gênante ; appelée à augmenter sans cesse de volume, et susceptible même dans certaines circonstances, de déterminer des accidents graves. Mais comment donc en débarrasser les malades ?

Les différentes méthodes de traitement autrefois employées, telles que la ponction simple, l'incision avec le drainage, les injections de liquides irritants ; l'excision partielle même de la poche, doivent être aujourd'hui délaissées, car elles sont lentes et forcément le plus souvent inefficaces, puisqu'elles laissent en place des éléments qui sont susceptibles de proliférer.

La méthode de choix inoffensive aujourd'hui, grâce aux précautions antiseptiques est donc l'excision complète, mais quelle voie suivre ?

La voie buccale était la seule employée depuis

longtemps, quand MM. Reclus et Gérard-Marchant préconisèrent l'extirpation par une incision sus-hyoïdienne (1). Cette voie réunit à peu près tous les suffrages pour les raisons suivantes :

D'abord elle est plus commode que la voie buccale, et permet de se rendre mieux compte des rapports de la tumeur kystique et de ses adhérences osseuses, si ces adhérences existent.

Ensuite, elle est moins dangereuse et expose moins à l'infection ; car les liquides salivaires, liquides très septiques comme on le sait, ont tendance à pénétrer dans la plaie, lorsque le chirurgien intervient, par la bouche.

Enfin elle est beaucoup plus rapide, parce que l'incision buccale est forcément presque toujours insuffisante.

Cependant, quelques chirurgiens sont restés partisans de la voie buccale. M. Monod, par exemple, rejette l'incision sus-hyoïdienne, à cause de l'ennui de la cicatrice, tare indélébile qui peut, dit-il, grandement compromettre l'avenir d'une jeune fille.

Enfin, M. Quénu (2) a plus récemment présenté à la Société de Chirurgie un cas destiné à réhabiliter la voie buccale, et recommande la réunion complète sans drainage en faisant des sutures perdues profondes et des sutures superficielles sur la muqueuse.

1. *Bull. de chirurgie*, 91.

2. Quénu. *Soc. de Chir.*, 1891.

« A la vérité, dit M. Morestin, on peut mettre facilement tout le monde d'accord en adoptant la sage conclusion de Delens. Il y a des indications pour l'une et l'autre voie. Les tumeurs adhérentes à l'os hyoïde et volumineuses doivent être attaquées par l'extérieur; la voie buccale peut convenir si le néoplasme proémine de ce côté et si sa mobilité permet de supposer qu'il n'y a point d'adhérence sérieuse » (1).

1. Morestin. *Loc. cit.*





OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle) (1).

Kyste dermoïde latéral du plancher de la bouche.

Le nommé D... P., âgé de 23 ans, entre le 14 septembre 1898 à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, lit n° 42 ; dans le service du Professeur Le Dentu alors remplacé par M. Morestin chirurgien des hôpitaux.

D... vient d'être libéré prématurément du service militaire à cause de l'affection dont il est atteint. Il y a un an à peu près qu'il en a constaté le début sous forme d'une grosseur soulevant la langue. Un jour plus tard un autre saillie s'est montrée sous la mâchoire. Il était alors en garnison à Compiègne. Le major de son régiment lui fit successivement deux incisions, l'une par la bouche, l'autre dans la région hyoïdienne. N'ayant point guéri malgré cette double intervention, D... fut réformé. Croyant sa maladie incurable, il était rentré dans son village et y menait une

1. Nous avons pris nous-mêmes cette observation dans le service du Professeur Le Dentu, mais nous l'avons complètement remaniée d'après la publication faite par M. Morestin à la Société anatomique en octobre 1898.

existence fort chagrine, quand sur le conseil d'un médecin éclairé il vint à l'hôpital Necker pour se faire opérer.

D... est grand et robuste ; il n'a jamais dit-il eu aucune maladie, à part un abcès qu'il aurait eu vers l'âge de 10 ans et qui aurait mis plus d'un an à guérir. On voit encore sur le côté gauche du cou la cicatrice de cet abcès ; et il est probable que celui-ci à cause de son indolence et de sa longue durée, n'était autre qu'une adénopathie bacillaire suppurée. Cependant il faut bien le dire, D... n'a pas d'antécédents héréditaires tuberculeux et n'a jamais toussé.

La région sous-maxillaire gauche est considérablement déformée par une tumeur qui occupe cette région tout entière, s'étendant depuis la mâchoire jusqu'à l'os hyoïde, et d'autre part depuis le voisinage du menton jusque derrière l'angle de la mâchoire ; au bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien. Cette tumeur est du volume d'une mandarine. A sa surface la peau présente une cicatrice étoilée, irrégulière qui est la trace de l'opération pratiquée à Compiègne. Un peu plus haut et en arrière, aux limites de la région carotidienne et de la région parotidienne, on voit la cicatrice de l'abcès dont le malade a été atteint dans la première jeunesse. Partout ailleurs la peau est souple et lisse. Simplement soulevée, non distendue par la tumeur, elle présente sa coloration et sa mobilité habituelles. En palpant la région sous-maxillaire, on est immédiatement frappé par la sensation d'extrême mollesse que l'on perçoit. Le contenu de la tumeur paraît évidemment liquide et fuit sous la moindre pression des doigts. Il semble que ce liquide soit contenu dans une poche peu tendue qui s'étale et s'efface. Si l'on n'y prenait garde, on pourrait même croire que la masse se réduit. Cette consistance est partout uniforme.

Du côté de la bouche on voit la langue refoulée en arrière et à droite par une masse volumineuse qui émerge du plancher buccal en soulevant la muqueuse. La langue est comme tordue sur elle-même, et sa face dorsale est tournée à droite. La pointe se trouve au niveau de la première grosse molaire. La tumeur qui fait saillie dans la bouche est grosse comme un œuf et s'étend en avant jusqu'aux incisives, en arrière jusqu'au milieu antérieur du voile. La muqueuse soulevée a conservé à peu près sa coloration normale. Elle présente une cicatrice transversale due à l'intervention pratiquée par la bouche il y a cinq mois, et dont l'insuccès avait déterminé le médecin traitant à inciser sous la mâchoire. La langue est refoulée, mais non immobilisée. Elle exécute tous ses mouvements mais d'une manière anormale, en s'adaptant aux conditions que lui crée la présence dans la bouche de cette masse considérable. Elle peut être portée au delà des incisives et sa pointe faire saillie hors de la bouche. L'organe est alors cantonné en arc de cercle, et son extrémité libre se dirige vers la gauche. La tumeur intra buccale, comme celle qui occupe la région sous-maxillaire, paraît au premier abord réductible à la pression. Ce n'est toutefois qu'une apparence. En réalité il n'y a pas réduction mais étalement et refoulement. Quand on appuie sur la tumeur intra-buccale, on voit la tumeur sous-maxillaire se gonfler et se tendre. La réciproque est vraie, et par la pression sur la saillie, sous-maxillaire, on voit la masse intra-buccale augmenter de volume, cependant la fluctuation ne se transmet pas avec netteté d'une poche à l'autre.

La mastication est gênée.

La voix est sourde, et l'articulation des linguales se fait difficilement.

Les orifices des deux canaux de Wharton sont visibles avec

netteté. Ils laissent écouler de la salive en abondance quand on frotte doucement la muqueuse aux environs avec un petit tampon. On peut très facilement en faire le cathétérisme avec un crin de Florence.

Absolument rien de particulier à signaler du côté des autres appareils. Les poumons en particulier semblent parfaitement indemnes.

D'après ce qui précède, on comprend que tout le monde ait fait d'emblée le diagnostic de grenouillette sus-hyoïdienne. Cependant M. Morestin chef de service ne partagea pas absolument cette manière de voir, et fit quelques réserves pour le kyste dermoïde. « J'étais prévenu, dit cet auteur lui-même dans sa publication, que le diagnostic est parfois malaisé entre la grenouillette sus-hyoïdienne et le kyste dermoïde, ayant lu au moment où j'écrivais l'article du traité Le Dentu et Delbet une série d'observations où l'on était tombé dans l'erreur qui consiste à prendre un kyste dermoïde pour une grenouillette. Ces confusions devenues exceptionnelles pour les kystes médians qui sont relativement fréquents et mieux connus, sont au contraire très difficiles à éviter quand il s'agit de kystes latéraux. Cependant en tenant compte de la mollesse extrême de la tumeur, je pensai qu'il s'agissait probablement d'une grenouillette, car la consistance des tumeurs dermoïdes est habituellement plus ferme. En outre ces dernières paraissent ordinairement bien limitées, arrondies. Ici la poche mal tendue n'offrait à la palpation que des limites indécises ».

D'ailleurs deux circonstances plaidaient en faveur du diagnostic de grenouillette sus-hyoïdienne.

D'après ce que nous avait raconté le malade, il y avait eu deux temps dans l'évolution de sa maladie, une période où la tumeur

aurait fait saillie exclusivement dans la bouche, puis une autre où elle se serait montrée à la région sous-maxillaire.

C'est précisément là la marche à peu près constante des grenouillettes sus-hyoïdiennes, dont l'apparition est, dans l'immense majorité des cas, postérieure à la constatation d'une grenouillette sublinguale. D'autre part le traitement mis en œuvre antérieurement confirmait encore cette opinion, car s'il a été souvent employé et préconisé pour les grenouillettes où d'ailleurs son insuccès est fréquent, on a toujours pensé qu'il était insuffisant et illogique pour les kystes dermoïdes.

Pour ces diverses raisons, M. Morestin lui-même crut donc qu'il s'agissait très probablement d'une grenouillette, et se félicita d'avoir enfin l'occasion de vérifier la théorie qu'il avait émise sur la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne dans le *Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet. L'opération devait malheureusement le désillusionner.

Cette opération fut pratiquée le 16 septembre par la voie sus-hyoïdienne qui dans le cas particulier était mille fois préférable à la voie buccale.

Seule, en effet, la voie sus-hyoïdienne pouvait donner les commodités nécessaires pour mener à bien l'extirpation d'une tumeur aussi étendue, tumeur dont le traitement antérieur avait eu le seul avantage de rendre les adhérences avec les tissus voisins encore plus intimes.

D'ailleurs une cicatrice existait déjà, vestige disgracieux d'une des précédentes interventions. Emporter cette cicatrice irrégulière et large, pour la remplacer par une autre, linéaire, invisible, c'était une indication qui à défaut d'une autre aurait suffi à justifier l'émission sus-hyoïdienne.

Après avoir donc remis tout d'abord une languette tégumentaire

losangique comprenant la cicatrice, M. Morestin procède à une dissection minutieuse pour bien reconnaître les conversions de la tumeur avec les organes voisins.

Le peaucier traversé, il pince et sectionne la faciale et la sous-mentale. La glande sous-maxillaire est intacte, refoulée en arrière et en bas par la tumeur. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont appliqués en chapelet à la partie supérieure et externe de la poche. Celle-ci est recouverte dans ses deux tiers antérieurs par le muscle mylo-hyoïdien dont les fibres sont étalées à sa surface.

La tumeur mise à nu et disséquée est bien limitée, d'aspect jaunâtre. Sa paroi assez résistante se laisse sans grande difficulté séparer des tissus environnants, contrairement à ce qu'on aurait pu attendre après les traitements antérieurement subis. Elle se montre comme une masse sphérique occupant tout l'espace compris dans l'écartement des ventres du digastrique. Elle est ponctionnée alors avec une pipette, et l'aspiration fait remonter dans celle-ci un liquide clair et des filaments d'un blanc jaunâtre étirés en vermicelle.

On met alors une pince sur l'ouverture et on continue la libération du kyste dont l'isolement est bien plus laborieux quand on approche de la muqueuse buccale. Pour faciliter son extension on l'ouvre et on le vide. On constate alors avec étonnement qu'il sort de la poche une grande quantité d'une sorte de pommade ou de beurre jaunâtre; dans lequel on trouve de rares cheveux. Il s'agissait donc d'un kyste dermoïde du plancher de la bouche, et non d'une grenouillette sus-hyoïdienne, comme on le supposait.

La poche une fois vidée est saisie avec des pinces de Kucher et attirée en dehors de la plaie. Mais il existe une adhérence pro-

fonde et antérieure si solide que M. Morestin est obligé de couper le muscle mylo-hyoïdien en grande partie pour compléter l'extirpation. La poche, coudée au niveau du bord postérieur du muscle mylo-hyoïdien présentait une disposition en bissac ; et était constituée par deux loges secondaires.

On ne put isoler de pédicule allant s'insérer au maxillaire. L'adhérence antérieure et profonde qui gênait l'extraction du kyste se faisait aux tendons des muscles géniens. La muqueuse buccale bien que réunie par une cicatrice à la paroi kystique, peut être décollée sans déchirure, et la cavité de la bouche ne communique pas avec le foyer opératoire. Celui-ci profond et spacieux, suinta abondamment, malgré l'application de plusieurs ligatures, et on fut obligé de laisser un petit drain. Sutures profondes comprenant le mylo-hyoïdien, et sutures cutanées au crin.

Dans certaines de ces opérations, on a signalé des troubles respiratoires au moment des manœuvres nécessitées par l'extraction de la poche. Il ne s'est produit ici rien de semblable. La respiration est demeurée très régulière pendant toute la durée de l'opération. Il est vrai que ces accidents ont été surtout signalés dans les cas où il existait des adhérences hyoïdiennes ; or, M. Morestin ne constata pas l'existence de ces adhérences chez son malade ; et c'est pourquoi peut-être il n'y eut pas troubles respiratoires dans le courant de l'opération.

Les suites de l'intervention ont été très satisfaisantes. Pendant deux jours le malade a été incommodé par un crachotement fréquent et pénible et par la gêne que lui causaient les mouvements de déglutition.

Il y avait en outre un gonflement en bourrelet de la muqueuse bucale œdémateuse. Dès le troisième jour ces phénomènes s'amendaient. Le drain fut ôté le cinquième jour. A ce moment

n'y avait plus ni douleur, ni gonflement de la muqueuse et les mouvements de la langue étaient redevenus faciles, en même temps que le besoin de cracher sans cesse avait disparu. Les fils furent ôtés le 24 septembre. La réunion était parfaite.

Le malade nous a quittés dès le lendemain 25.

M. Pettit chef du laboratoire de M. le professeur Le Dentu a étudié la paroi du kyste et le liquide recueillis au cours de l'intervention. Sur ses préparations, on constate avec une grande netteté que cette paroi est constituée par un derme et un épiderme. Cet épiderme présentait une couche profonde comparable au corps de Malpighi ; un stratum granulosum et une couche épaisse de cellules lamellaires et cornées. Le magma butyreux qui remplissait le kyste était formé par ces cellules devenues libres et agglomérées entre elles. Dans l'épaisseur de la paroi on voyait un grand nombre de très belles glandes sébacées, et follicules pileux, constatation intéressante, car ces poils et glandes manquent très souvent dans les dermoïdes du plancher de la bouche. Par contre il n'y avait pas de papilles.

Quant au liquide il a été étudié d'abord au microscope, et cet examen n'a rien montré que des débris cellulaires et des cristaux d'acide gras, chimiquement il présentait cette particularité de contenir du sulfocyanure de potassium. La présence de ce sel a d'abord causé quelque surprise à M. Pettit, mais toutes les réactions appropriées l'ont conduit à cette même conclusion que son existence dans ce liquide était incontestable. Il a cru cependant devoir faire vérifier son analyse par un chimiste distingué M. Bricemoret qui lui aussi a fait la même constatation.

La présence du sulfocyanure de potassium est en effet assez singulière dans un kyste dermoïde. A la vérité même dans une grenouillette le fait aurait été anormal, car le liquide des gre-

noUILLETES diffère notablement de la salive, et ne contient pas en particulier de sulfocyanure de potassium, comme de nombreuses analyses l'ont démontré.

Dans notre observation, la présence du sulfocyanure de potassium dans le liquide du kyste, s'explique assez aisément de la façon suivante : Pendant plusieurs semaines le kyste a été mis en communication large avec la bouche, et la salive s'introduisait librement dans la poche devenue ainsi une annexe de la cavité buccale. Puis le kyste s'est refermé et il n'y a rien d'étonnant que quelques éléments de la salive soient demeurés emprisonnés dans sa cavité. Sans doute ils se seraient modifiés et auraient disparu à la longue, mais l'époque des précédentes interventions est encore toute récente.

Étant donné que ce kyste avait été longtemps ouvert dans la bouche, milieu où vivent normalement de nombreux germes, on aurait dû rencontrer dans cette poche des micro-organismes. Mais contrairement à notre attente ; le contenu du kyste était stérile comme celui des kystes dermoïdes qui sont toujours restés complètement clos.

OBSERVATION II

(Thèse Rolland, Montpellier, 1894).

Jules Az..., 25 ans, fortement constitué, sans antécédents pathologiques.

Au mois de mai 1884 le malade constate la présence d'une forte tumeur du volume d'une noix placée dans le frein de la langue.

Elle reste stationnaire puis grossit rapidement dans l'été 1885,

ne provoquant pas de douleur mais seulement un peu de gêne en refoulant la langue en arrière et à gauche. Elle faisait une saillie notable à la région sus-hyoïdienne.

5 novembre 1885. — Un médecin fit une ponction avec un trocart à hydrocèle par la voie buccale et évacua environ la moitié du contenu de la tumeur. Il consistait en un liquide gluant, contenant, dit le malade, des grains de semoule et de fines gouttes d'huile.

Une réaction inflammatoire assez vive, avec gonflement douloureux refoulant la langue et gênant la déglutition survint et dura 5 ou 6 jours. La tumeur moins mobile, peut être un peu plus forte qu'avant la ponction formait une saillie plus marquée vers la peau, un peu en arrière de la symphyse du menton.

Des pommades, des badigeonnages iodés furent employés pendant 2 mois sans aucun résultat.

5 mai 1886. — Le malade consulta M. le professeur Tedenat.

Il était dans l'état suivant : Tumeur du volume d'un œuf de poule, située sur la partie médiane de la région sus-hyoïdienne peu développée sur le côté gauche. Elle faisait saillie sous la langue et est recouverte par la muqueuse mobile sur la tumeur, sauf à l'endroit où a été faite la ponction qui est marquée par une cicatrice ferme ayant la dimension d'une pièce de 1 franc.

La tumeur semble adhérer à l'os hyoïde dont elle suit le mouvement par un pédicule cylindrique. A cause de cette adhérence de la saillie externe, plus accentuée de la tumeur vers le tégument M. Tedenat propose l'extirpation par la voie cutanée, qui aura l'avantage de permettre une antiseptie plus sûre.

Après rasage et anesthésie chloroformée, incision antéro-postérieure correspondant au grand axe de la tumeur. Section du raphé

mylo-hyoïdien, décollement assez facile d'avec les muscles mylo-hyoïdiens. Section rasant le milieu de l'os hyoïde de l'adhérence sensible avant l'opération. Suture sans drain. Pansement compressif. Réunion immédiate et guérison complète le 20 mai.

La tumeur était constituée par une poche ayant une épaisseur de 2 à 3 millimètres selon les points. L'examen microscopique a révélé la présence de couches épithéliales analogues à celles de la peau, de rares papilles, de nombreuses glandes pilo-sébacées peu développées.

Le contenu formait une bouillie claire, gris jaunâtre, onctueuse avec débris épithéliaux, goutte de graisse, quelques poils à peine visibles à la loupe.

OBSERVATION III

(Thèse Rolland de Montpellier 1894).

Le nommé V. Louis, 21 ans, jardinier, entre le 12 décembre 1893, à l'hôpital suburbain, service de M. le professeur Dubreuil.

Ce jeune homme vient se faire soigner pour une tumeur qui est apparue il y a 4 ans, dans la région sus-hyoïdienne, à 2 ou 3 cent. de la ligne médiane. Auparavant ni lui ni personne de son entourage n'avaient remarquer de saillie anormale à cet endroit et c'est tout à fait par hasard, qu'un matin il constate la présence d'une grosseur du volume d'une cerise, mobile, indolente, pas très dure. Depuis, cette tumeur a lentement progressé, est venue d'abord faire saillie dans la région sus-hyoïdienne médiane ; puis a soulevé peu à peu la muqueuse sublinguale. Cette augmentation

progressive de volume n'a jamais déterminé la moindre douleur, ni aucun trouble fonctionnel appréciable.

Personne, dans la famille de ce jeune homme, n'a présenté de vice de conformation ni d'affection congénitale d'aucune sorte. Il est lui-même grand et vigoureux et n'a rien dans son casier nosologique, qu'une fièvre typhoïde bénigne, survenue à l'âge de 9 ans et une blennorrhagie contractée l'année dernière et qui a facilement et complètement guéri. Il ne présente d'affection congénitale en aucun autre point du corps, à la lèvre, au sourcil, au menton, etc.

A son entrée à l'hôpital, voici ce que nous observons : La région sus-hyoïdienne est le siège d'une tuméfaction dont le point culminant correspond à peu près à la ligne médiane. A ce niveau, la peau a conservé sa coloration normale, elle est souple, mobile et ne présente aucun des caractères de l'inflammation. La tumeur elle-même, qu'on sent à travers une faible épaisseur de tissus, a la forme et la dimension d'une pomme. Sa surface est unie, régulière et sans bosselure et on ne sent pas par la pression le froissement particulier qu'on nomme la collision crépitante des lipomes. Sa paroi est assez tendue mais sa consistance est molle, pâteuse ; nous cherchons vainement l'empreinte que pourraient y laisser nos doigts : nous ne trouvons pas davantage de cordons fibreux partant de la tumeur et se dirigeant soit en haut du côté du maxillaire, soit en bas du côté de l'os hyoïde.

Pendant les mouvements de déglutition, la saillie de la tumeur augmente, mais ne la déplace pas à proprement parler.

Le malade tient la bouche normalement fermée : si nous la lui faisons ouvrir, nous voyons immédiatement, en arrière de l'arcade dentaire inférieure un relief sublingual qui affleure son ni-

veau et remplit à peu près toute la concavité du maxillaire. Nous n'avons pas de peine à reconnaître par la palpation bidigitale que le relief est formé par le pôle supérieur de la tumeur qui fait saillie au-dessous dans la région sus-hyoïdienne.

La bouche ouverte, cette dernière saillie diminue, tandis que le relief buccal augmente.

La langue est fortement rejetée en haut et en arrière. Au repos son extrémité antérieure dépasse à peine d'un centimètre le sillon qui la sépare de la tumeur sous-jacente. Le malade ne peut pas la tirer hors de la bouche. La muqueuse sublinguale est opaque et présente une coloration rosée à peu près normale : on peut aisément la faire glisser sur la tumeur. Le raphé médian est lui un peu jaunâtre, et au lieu d'être saillant, il est tendu sur la convexité de la tumeur et y détermine un sillon antéro-postérieur peu profond qui la divise en deux lobes latéraux sensiblement égaux.

Si nous jetons un peu de sel sur ce point, nous voyons immédiatement sourdre la salive par la *ostia umbilica* ou canaux de Warthon. La palpation donne les mêmes résultats qu'à la région sus-hyoïdienne aux points de vue de la forme, de la consistance, de la mobilité, etc. Le doigt explorant tout le pourtour du relief sous-lingual, au niveau des apophyses qui en particulier, ne rencontre pas de cordon fibreux anormal. La tumeur ne présente ni souffle ni battement et n'augmente pas de volume pendant l'effort.

Le malade n'a jamais éprouvé de douleur à ce niveau et les manœuvres d'explorations n'en provoquent pas davantage. Les troubles fonctionnels n'offrent pas de réelles gravités. Malgré le volume de la tumeur le malade mastique assez facilement : il ne bave pas, mais les coins des lèvres sont toujours imprégnés de salive : la respiration se fait normalement : la déglutition est à peine gênée, malgré le renversement de la langue : la voix est un

peu éraillée et la parole légèrement embarrassée, surtout dans la prononciation des labiales.

M. le Professeur Dubreuil porte le diagnostic de kyste dermoïde du plancher buccal qui est vérifié par une ponction exploratrice faite 25 jours plus tard. Un trocart enfin est enfoncé dans la tumeur : aucun liquide ne s'écoule : en remuant directement l'extrémité du trocart dans la poche on éprouve la résistance fuyante que donnerait une masse de cire molle : la canule en sortant entraîne une petite quantité de matière blanc-jaunâtre analogue à du mastic de vitrier. L'examen microscopique de cette parcelle pratiqué immédiatement, démontre que cette matière se compose surtout de cellules cornées ramollies et déformées, de quelques granulations graisseuses et de cristaux.

5 janvier 1894. — M. le Professeur Dubreuil pratique l'extirpation du kyste par la voie sus-hyoïdienne. Après anesthésie à la cocaïne on incise la peau sur la convexité de la tumeur, puis le muscle mylo-hyoïdien, enfin le raphé médian. On sépare l'un et l'autre des replis hyoïdiens et la face externe du kyste apparaît luisante et nacrée. On déchire tout autour de la tumeur les travées celluleuses lâches qui s'unissent aux tissus voisins. Pas d'adhérence soit avec l'os hyoïde, soit avec le maxillaire. Mais à peine a-t-on commencé d'énucléer la poche qu'elle crève en un point situé en avant.

Par ce trou s'échappe alors, en se laminant le contenu du kyste qu'on ne saurait mieux comparer qu'à la chataigne cuite ou du mastic de vitrier. On évacue par la pression la majeure partie de ce contenu et la poche du kyste est aisément attirée au dehors par une traction lente des doigts de l'opérateur.

Une légère hémorrhagie en nappe se produit, dont on a facilement raison par un tamponnement provisoire fait avec des

compresses antiseptiques. La cavité abandonnée par le kyste pouvait admettre le poing d'un enfant de 15 ans. On y place un drain depout et on suture au fil d'argent le reste de l'incision.

Suite des plus simples. Guérison et sortie huit jours après.

M. le professeur Kiener a pratiqué l'extraction hystologique de la tumeur larin ou kyste, étudiées en différents endroits ont une structure très simple. On y reconnaît extérieurement un derme terminé par un corps papillaire très rudimentaire et supportant ce revêtement épidermique dont la couche cornée est très épaisse et en état de desquamation.

Dans l'épaisseur du derme on rencontre ça et là :

1° Des glandes sébacées très allongées et aplaties s'ouvrant à la surface libre par un court conduit excréteur, sans vestiges de poils et follicules pileux.

2° Des languettes très nettement isolées, composées de grosses fibres musculaires lisses enchâssées dans un strome fibreux.

Quelques leucocytes sont disséminées dans le derme qui est d'ailleurs pauvre en cellules conjonctives.

OBSERVATION IV

(Bazy. Bull. Soc. de chir. 1891, p. 29).

Homme, 31 ans. A remarqué depuis environ un an une grosseur comme une noisette à la région sus-hyoïdienne. La tumeur augmente peu à peu et actuellement elle a le volume d'un petit œuf de poule. Elle est ovoïde, légèrement aplatie dans le sens antéro-postérieur, molle, fluctuante et adhérente à l'os hyoïde. Pas de trouble de la déglutition, ni de la phonation, et de la respiration.

Diagnostic de kyste dermoïde. Incision verticale sur la ligne

médiane depuis le maxillaire inférieur jusqu'à 2 ou 3 cent. au-dessous de l'os hyoïde. Dissection laborieuse à cause de ses adhérences aux muscles et surtout aux grandes cornes de l'os hyoïde. Suture profonde en surget pour combler la vaste cavité résultant de l'ablation de la tumeur.

Pas de drainage, pansement iodoformé. Guérison. La tumeur présente le caractère macroscopique indiqué. Contenu analogue à du mastic, quelques poils.

OBSERVATION V

(*Caye. Th. de Paris, 1892*).

Fille, 16 ans. S'est aperçue depuis 12 ans environ, d'une grosseur sous la langue, qui a augmenté peu à peu sans douleur. Actuellement la tumeur est grosse comme une noix arrondie, légèrement fluctuante, demi-molle, sans garder toutefois l'empreinte du doigt. Elle ne proémine pas dans la région sus-hyoïdienne et semble adhérer au maxillaire inférieur. Les canaux de Warthon sont libres : muqueuse buccale normale, elle n'offre pas de coloration bleuâtre de grenouillettes. Pas de troubles dans la respiration, ni la déglutition : la voix seule est altérée (voix de grenouille des plus manifestes). Diagnostic de kyste dermoïde. Incision transversale de 3 cent. sous le chloroforme, décortication avec les doigts seulement, de la tumeur aux apophyses géni : une traction suffit pour rompre le tractus fibreux. Pas de suture : la plaie est simplement bourrée de gaze iodoformée.

Guérison. La tumeur est remplie d'un mastic blanchâtre couleur glace au café ; on trouve à l'examen microscopique des cris-

taux de cholestérine : les parois de la poche offrent la structure de la peau.

OBSERVATION VI

(*Quénu. Bull. de la Soc. de chir. 1892, p. 387*).

Jeune fille 22 ans. — Tumeur développée à 26 ans, avec assez de rapidité. Elle est traitée par l'incision et le drainage (Labbé). Guérison en 19 jours. Récidive après 5 ans. La tumeur se réorme augmente peu à peu de volume, troubles fonctionnels, gêne de la déglutition et de la respiration, surtout la nuit. En outre (fait intéressant à signaler comme à d'autres affections de la langue) la malade souffre des oreilles sans qu'on trouve une altération quelconque de la caisse ou du conduit auditif par examen spécial. La tumeur a les dimensions d'un œuf de poule, siège sur la ligne médiane et refoule la langue en arrière, et faisant franchement saillie dans la bouche ; elle est distendue résistante, et de coloration jaunâtre. Canaux de Warthon libres, écartés et non-divisés,

Diagnostic de kyste dermoïde. Cocaïnisation, incision médiane ; ponction de la poche kystique : il sort un liquide clair, séreux. Enucléation ensuite facile de la tumeur qui écartait les deux génio-hyoïdiens. Sutures profondes à la soie sans drainage ; réunion complète après 5 jours.

OBSERVATION VII

(*Thèse Rolland, Montpellier, 1894*).

Homme 34 ans, a remarqué depuis environ 15 ans, sous la langue une grosseur qui a augmenté de volume progressivement en

simulant une grenouillette sus-hyoïdienne. La tumeur, après 7 ans, a pris des proportions notables, actuellement elle a les dimensions du poing d'un adulte, troubles fonctionnels dans la mastication, la déglutition et même la respiration. Diagnostic de kyste dermoïde.

Incision parallèle au bord horizontal du maxillaire : énucléation facile, avec les doigts de la tumeur qui n'avait aucune adhérence : la loge cependant allait jusqu'aux apophyses qui sans y adhérer, comme on est trop porté à le croire que c'est une règle absolue. Il est à noter que le même sujet était porteur d'une tumeur semblable à la queue du sourcil, qui a été également opérée.

OBSERVATION VIII

(*Gérard-Marchand*. Bull. de la Soc. du chir. 1891).

Jeune fille 19 ans, tumeur du volume d'un œuf de pigeon datant de plusieurs années, à la région sus-hyoïdienne au-dessus de l'os hyoïde auquel elle adhère si intimement qu'il est impossible d'interposer les deux doigts entre l'os hyoïde et le contour du kyste.

Elle est médiane, arrondie, diagnostic de kyste diminuée adhyoïdien. Enucléation de la tumeur par la voie sus-hyoïdienne : adhérence telle avec l'os hyoïde, qu'on est obligé d'attirer l'os en dehors pour pouvoir le séparer des connexions fibreuses avec la tumeur, manœuvre qui entraîne un arrêt respiratoire à donner de l'inquiétude au chirurgien. Le kyste renferme de la matière butyreuse, sa paroi est tapissée de poils et l'examen histologique ne laisse aucun doute sur sa nature dermoïde.

Guérison sans drainage, et il reste une cicatrice linéaire, qui

abritée par la saillie du maxillaire inférieur et le menton est à peine perceptible.

OBSERVATION IX

(*Reclus. Gaz. heb. de méd. et chir. 1887, p. 75*).

Homme 30 ans. Il y a 3 ans qu'il a senti une grosseur sous la langue, du volume d'une noisette, arrondie, mobile, indolente. La tumeur devient, au bout d'un an comme un œuf. Au bout de deux, comme une orange, et au bout de trois, comme le poing. Elle proémine à la fois sur le plancher buccal et dans la région sus-hyoïdienne, refoule la langue qui vient se mouler sur la voûte palatine: la muqueuse est rouge et sans adhérences: fluctuation des plus nettes, la pression exercée par un doigt sur le segment buccal se transmet intégralement au doigt qui refoule le segment sus-hyoïdien. Diagnostic de kyste dermoïde. Incision de la tumeur. En son point le plus saillant à la région sus-hyoïdienne, il s'en écoule une substance granuleuse rappelant un épais bouillon de sémoule. Drainage. Le drain tombe un mois après et on le retire. La tumeur se réforme et grossit tellement que le malade ne peut même avaler le liquide. Enucléation de la tumeur faciale, sauf une adhérence fibreuse aux apophyses-géni que des tractions énergiques n'ont pu rompre, et il a fallu la sectionner avec des ciseaux. L'examen histologique de la tumeur démontre que ses parois ont la structure de la peau. Son contenu est sébacé.

OBSERVATION X

(*Reclus. Bull. Soc. anat. 1885, p. 653*).

Garçon 25 ans. Bonne constitution, a eu toujours le cou gros à la région sus-hyoïdienne. La tuméfaction s'est accentuée peu à

peu. A l'examen, tumeur arrondie, régulièrement distendue à la région sus-hyoïdienne limitée en avant par la courbe du maxillaire et en bas par l'os hyoïde légèrement débordé : langue soulevée et appliquée contre la voûte palatine par suite de la tumeur qui fait saillie dans la bouche : la pression exercée sur la saillie intra-buccale se transmet intégralement au doigt placé sur la saillie sus-hyoïdienne, diagnostic de kyste dermoïde vérifié par une ponction exploratrice.

Incision sur la ligne médiane de la symphysis mentonnière à l'os hyoïde ; division de la peau, du tissu cellulaire ; écartement des muscles, la tumeur est saisie ; ponction, issue d'une certaine quantité de substance butyreuse. Enucléation facile, section du pédicule qui le fait adhérer à l'os hyoïde. Guérison.

OBSERVATIONS XI et XII

(*Tillaux. Traité de chirurgie clinique, Vol. I.*)

M. Tillaux cite un cas de kyste dermoïde du plancher de la bouche du volume d'un gros œuf de dinde et qu'il opéra en 1885.

En 1883. — Il enleva à l'hôpital Beaujon un autre kyste ; il put énucléer complètement la poche qui n'adhérait que faiblement aux parties sous-jacentes c'est-à-dire au génio-glosse.

OBSERVATION XIII

(*Lannelongue. Trait. des affections congénitales.*)

Enfant 10 ans, tumeur médiane à la région sus-hyoïdienne, avec prédominance à droite ; elle est arrondie ; de la grosseur d'une mandarine, ne semble pas avoir d'adhérence avec l'os hyoïde au-

dessus duquel elle est située ; en la refoulant en haut, elle soulève le plancher de la bouche sans arriver jusqu'à la muqueuse ; elle n'est pas réductible ; fluctuation difficile à percevoir. Incision médiane, verticale, il faut couper une couche de muscles pour arriver sur la tumeur ; énucléation facile malgré une adhérence aux apophyses géni-sectionnée avec les ciseaux. Pansement iodoformé, guérison par première intention. La matière sébacée ne contenait pas de poils.

OBSERVATION XIV

(*Duplay. Bull. médic. 91, p. 493*).

Jeune fille 17 ans, excellente santé, pas d'antécédents héréditaires a remarqué depuis quelques mois une grosseur dans la bouche gênant les mouvements de la langue. La tumeur indolente médiane, divisée en deux parties égales par le frein de la langue, a les dimensions d'un œuf de poule, et soulève le plancher buccal dans toute son étendue, muqueuse normale et sans adhérence. Elle s'enfonce profondément entre les muscles et vient faire saillie à la région sus-hyoïdienne ; par la pression on la fait remonter sous la muqueuse buccale, ou descendre à la région sus-hyoïdienne ; aucune connexion ni avec le maxillaire inférieur ni avec l'os hyoïde ; elle est fluctuante, et un peu rénitente ; il n'y a aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée. L'opération a montré qu'il s'agissait bien d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION XV

(*Monod. Bull. Soc. Chir., 1892, p. 487*).

Jeune homme de 20 ans. Tumeur du volume d'un petit œuf de poule, faisant sous la langue une forte saillie, située sur la ligne médiane. Au cou léger relief augmentant notablement lorsqu'on déprime avec le doigt le plancher de la bouche. Diagnostic de kyste dermoïde. Incision courte, antéro-postérieure, médiane dans les régions sus-hyoïdiennes ; énucléation facile de la tumeur, en coupant avec les ciseaux l'adhérence qui l'unissait aux apophyses géni.

M. Monod qui l'an dernier a opéré une tumeur semblable par la voie buccale, ajoute qu'il a été frappé de la simplicité opératoire par la voie sus-hyoïdienne, comme dans le cas présent.

OBSERVATION XVI

(*Bryant. Clinical Surgery 1870*).

Il s'agit d'un homme de 25 ans. Depuis 6 ans tumeur sous la langue. Application d'un seton sans résultat. Quelque temps après, ouverture avec une lancette de la tumeur qui s'enflamma et prit vite des proportions considérables. Le malade peut à peine parler : la tumeur occupe la concavité de la mâchoire inférieure, une fistule subsiste vers la partie gauche de la langue par où sort une matière caséuse, demi-solide, d'odeur fétide. Agrandissement de l'ouverture, il sort par la pression 3 onces de cette substance, le kyste s'est vidé et la guérison se fait progressivement.

OBSERVATION XVII

(*Linhart. Gaz. hebdomadaire 1857*).

Fille de 21 ans. Depuis 2 ans, apparition d'une tumeur sous la langue, qui faisait dans la région sus-hyoïdienne une saillie tendue et fluctuante. La tumeur occupait tout le plancher de la bouche et sur sa face supérieure une petite saillie de 2 lignes de longueur représentant la pointe de la langue. La muqueuse était mobile sur la tumeur, fluctuation nette, salivation abondante. Déglutition difficile.

Pas d'aspect bleuâtre. Conduits salivaires libres. Par une incision courbe on taille et dissèque un lambeau ; puis après une deuxième incision sur la ligne médiane, on aperçoit de chaque côté les cordes formées par les muscles génio-glosses : on les divise transversalement sur la sonde canelée, avec le doigt et le manche du scalpel on cherche à circonscrire la tumeur, mais vu son volume, il est impossible tout d'abord de l'extraire par la bouche. Une ponction donne issue à de la sérosité jaunâtre, puis à une substance blanchâtre et athéromateuse : la tumeur enlevée, on peut sentir l'os hyoïde.

Pendant quelques jours, gonflement et suppuration.

Guérison en 11 jours.

OBSERVATION XVIII

(*Lédiart. Gaz. hebdomadaire 1858*).

Homme 28 ans. Sur le plancher de la bouche tumeur hémisphérique indolente, d'une consistance pâteuse, offrant des

dépansions sous la pression du doigt. Mastication et phonation gênées.

Enucléation facile. Contenu des kystes sébacés avec adhérence de l'os hyoïde. La paroi est formée de deux tuniques dont la surface interne présente un épithélium pavimenteux stratifié et une quantité notable de poils follets. Contenu de kystes sébacés.

OBSERVATION XIX

(*Warmonl, Th. Paris, 1858.*)

Tumeur née au-dessous de la langue chez un R. P. Théatin du volume d'un œuf s'étendant le long du cou en comprimant la trachée. La poche ayant été plusieurs fois vidée et la tumeur continuant de récidiver, Pierre de Marchettis cautérise en dedans de la bouche le follicule avec le fer rouge.

Suppuration et guérison en 40 jours.

OBSERVATION XX.

(*Jourdain. Traité des maladies de la bouche, in Landetta, Th. Paris, 1863.*)

Jeune homme de 22 ans. — Début de la tumeur en 1755.

Opération en 1761. Incision sur la tumeur depuis les incisives jusqu'au delà du frein : Sortie d'une demi-livre d'humeur semblable à la substance du cerveau avec cette différence qu'elle avait un peu moins de consistance.

OBSERVATION XXI

(*Jourdain. Traité de maladie de la bouche, in Landetta, Th. Paris. 1863*).

G. P. âgé de 26 ans. Tumeur sublinguale, gênant la déglutition, faisant saillie au dehors. Incision. Issue d'une grande quantité d'humeur de la nature du méliceris.

OBSERVATION XXII

Syme (Bertheraud Th. de Strasbourg 1845).

Jeune fille de 14 ans. — Tumeur datant de l'enfance, faisant saillie dans la bouche et sous le menton. Après l'incision, on constate un kyste épais, de couleur jaune, renfermant une matière grisâtre d'apparence lardacée, du volume d'un œuf de poule d'Inde.

OBSERVATION XXIII

(*Gueterbock. Arch. für Klin-chir. fasc. 4, 1878, p. 985*).

Homme de 26 ans. Tumeur datant d'un an, troublant la phonation, la mastication, la respiration et la déglutition. Sous la langue, à gauche, au-dessous de la muqueuse rouge inégale, épaissie tumeur fluctuante, de la grosseur d'un œuf de poule, indolente, se prolongeant jusqu'aux dernières dents molaires, et latéralement

au delà de l'angle de la mâchoire. Enucléation facile, malgré adhérence à l'os hyoïde.

Contenu formé par un liquide épais avec cheveux crépus drainage de la plaie. Guérison.

OBSERVATION XXIV

(*Gruber. Arch. für pathol. anat. 1880, p. 442*).

Kyste athéromateux préhyoïdien sous-musculaire, observé sur le cadavre d'un jeune homme de 20 ans. Tumeur médiane à la région sus-hyoïdienne, mesurant 6 centimètres de longueur sur 5 centimètres de largeur. A la palpation, on sent avoir affaire à un sac élastique renfermant une masse pâteuse.

La dissection en est facile et on constate qu'elle est située entre les génio-glosses et les génio-hyoïdiens.

L'opération, sur le vivant, eût dû être pratiquée par la même voie sus-hyoïdienne. Les parois du sac sont résistantes : à l'intérieur une bouillie blanchâtre ; ce ne peut être qu'un kyste dermoïde dont les connexions avec la muqueuse et la peau ne sont pas manifestes.

OBSERVATION XXV

(*Hofmohl. Wiener medicin. Presse 1881*).

Femme 28 ans. Petite tumeur mobile à la région sous-mentonnière qu'elle n'a remarqué que depuis 6 mois. Absolument indolente, ne cause aucune gêne. On pense à un ganglion lymphatique,

mais peu à peu la tumeur grossit, devient saillante au-dessous de la langue et gêne la mastication et la phonation.

A ce moment, on observe sur la ligne médiane du cou, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, au dessus de l'os hyoïde, molle très élastique; dans la bouche, seconde tumeur au-dessous de la langue, s'étendant également des 2 côtés du frein, très élastique à la pression sur la tumeur sus-hyoïdienne, la saillie intrabuccale s'accroît, et on perçoit de la fluctuation, on porte le diagnostic de genouillette. A l'incision, à gauche du frein de la langue il sortit une masse jaunâtre, molle: la poche fut facile à énucléer; elle était formée à une paroi conjonctive avec des vaisseaux, recouverte d'une couche de Malpighi; le contenu étant formé de cellules épidermiques. Drainage de la plaie. Guérison.

OBSERVATION XXVI

(Barker. Trans. of the clin. Soc. of London, 1883).

Madame L... 28 ans. Tumeur dans le corps de la langue. Depuis 6 ans, gêne de la déglutition. Depuis 2 mois augmentation de la tumeur qui est médiane, derrière le symphyse du menton, fait saillie sous le menton d'environ 1 pouce $1/2$ et simule un double menton; langue repoussée en haut vers la voûte palatine: au toucher on sent la fluctuation, elle est indolente; trouble de la phonation et de la déglutition.

Incision sur la ligne médiane depuis la symphyse du menton jusqu'à 2 pouces $1/2$ au-dessous. Division du raphé mylo-hyoïdien.

Enucléation facile de la tumeur, située entre les génio-hyoïdiens et adhérent solidement au corps de l'os hyoïde. Le doigt

introduit dans la plaie montre que la tumeur était séparée seulement de la cavité buccale par la muqueuse épaisse du dos de la langue. Le contenu du kyste est une matière puriforme de couleur pâle. A l'examen histologique : cellule épithéliale avec dégénérescence graisseuse en cristaux de cholestérine en abondance.

OBSERVATION XXVII

(Eod. loco *Backer*).

J'ai vu un autre cas semblable au précédent. Il était situé également entre le muscle génio et hypo-glosses. Il avait la même apparence nacrée et le même contenu, comme il était moins volumineux, je pus le disséquer par la bouche, la femme s'y prêtant facilement. Guérison sans suppuration et en peu de jours.

OBSERVATION XXVIII

(*Gerster*. N. York méd. Journ. 1883).

Jeune fille, 13 ans, tumeur de la grosseur d'une noix, occupant les 2/3 de la longueur de la langue. On diagnostique un hygroma. Trouvant des parois épaisses, le chirurgien se décide à l'opération. Il lie d'abord l'artère linguale. La tumeur est découverte par une incision menée sur le bord de la langue. et ce sac est incisé avec des ciseaux à l'aide de la pince. Suture de la plaie au fil de soie. Gaz iodoformée. Guérison. L'enfant quitte l'hôpital 5 jours après l'opération.

OBSERVATION XXIX

(*Wright. The medical Record, 1885.*)

Fille 6 ans. Langue après la naissance légèrement portée en dehors, ce qui n'empêche pas la succion : à 2 ans elle grossit tellement en peu de mois que l'enfant ne peut la ramener en arrière des arcades dentaires, qu'avec la plus grande difficulté. Mastication impossible depuis un an et demi. Alimentation exclusivement liquide.

A l'examen, l'enfant a 6 ans, la langue est projetée en dehors des incisives d'une longueur de deux pouces et demi, et mesure cinq pouces de circonférence.

Parole altérée, salivation continuelle. On fait difficilement rentrer la langue dans la bouche. Au toucher sensation de fluctuation, diagnostic de kyste. La malade étant éthérisée, le porte-aiguilles légèrement courbé portant une double ligature de soie furent passées à travers la base de la langue : on enlève les aiguilles et on noue chacun des fils de façon à assurer l'hémostase. La tumeur incisée, il sort trois onces d'un liquide épais, jaunâtre. La langue restant exubérante, malgré l'évidement du kyste, on l'ampute au niveau des incisives. Ligature des vaisseaux avec la soie phéniquée. Les ligature temporaires de la base de la langue sont enlevées, la plaie est suturée. Guérison rapide.

OBSERVATION XXX

(*Fawel* The lancet, 1885).

Fille, 17 ans, tumeur au dessous de la langue, du volume d'une petite orange, remplissant la bouche, repoussant la langue vers la voûte palatine. La malade ne peut avaler rien de solide : elle affirme que toute sa vie, elle a eu une petite grosseur à cette région et qu'elle n'a augmenté de volume que depuis 3 mois.

Un médecin a déjà passé un séton et incisé la tumeur, mais celle-ci s'est vite reformée et a dépassé son volume primitif. Saisissant la partie antérieure de la tumeur avec une pince à forcipressure, et excisant une partie considérable de la paroi antérieure on voit s'échapper une grande quantité de matière sébacée épaisse dans laquelle les poils étaient mêlés : La plaie se cicatrisa rapidement, et 9 mois après il n'avait pas de récidence.

OBSERVATION XXXI.

(*Hadden*. Trans. of the pathol. Soc. of London, 1886).

Le kyste a été enlevé sur un enfant âgé de 4 mois, porteur d'une spina bifida. La tumeur est globuleuse, mesure un quart de pouce de diamètre. Elle est située sur la ligne médiane de la langue en arrière des papilles caliciformes formant le V lingual. Le contenu est une matière demi-solide, gélatineuse.

OBSERVATION XXXII

(*Paget. Trans. of the pathol Soc. of London, 1886.*)

Petite fille. Kyste sous la langue, sur la ligne médiane du plancher de la bouche, offrant l'apparence d'un abcès. Il a été incisé 2 fois et un liquide épais, semblable à du pus en est sorti. Comme il a récidivé, on le dissèque : il mesure environ $\frac{3}{4}$ de pouces de diamètre.

La surface intérieure est constituée par un épiderme, avec quelques poils très fins, les papilles de chorion et cette partie du chorion qui est située au dessous du réseau de Malpighi sont chargés d'un pigment noir, granuleux.

OBSERVATION XXXIII

(*Gullon 7 ans. of the pathol. soc. 1887.*)

Homme 24 ans. Tumeur du plancher de la bouche sur la ligne médiane au voisinage du frein. En 9 ans il a subi 7 opérations. Le kyste qu'on prenait pour une grenouillette a récidivé après chaque tentative opératoire. La tumeur incisée, il en sort une matière jaunâtre, visqueuse, qui prouve qu'on a affaire plutôt à un kyste dermoïde. Le malade endormi, on dissèque la tumeur au moyen de deux pinces à forci-pression : elle était située entre les génio-glosses et tellement adhérente à l'os hyoïde qu'il fallut employer la rugine pour l'en détacher : hémorrhagie secondaire quelques heures après l'opération. Guérison. Le kyste était rem-

pli de matières sébacées, quelques poils s'y trouvaient. L'examen histologique de la poche en fit voir la structure dermoïde.

OBSERVATION XXXIV

(Lédiard, Path. Soc. of London, 1888).

Enfant de 6 ans. Tumeur au centre de la langue, remarquée depuis sa naissance qui augmente rapidement de volume depuis peu. La bouche est tenue ouverte, et la langue globuleuse est projetée entre les lèvres, voix indistincte. Quelques-unes des dents incisives sont tombées par la pression : les bords alvéolaires de la mâchoire inférieure sont déplacés en avant pour la même raison. Frein de la langue ulcérée. Le kyste fut facilement détaché de ses attaches lâches et l'enfant guérit rapidement. Il mesure 2 pouces de longueur. La partie la plus large un peu plus de 1 pouce. La paroi est mince et demi-transparente, le contenu fluide, de couleur brune.

L'examen histologique montre des corpuscules muqueux, des granulations graisseuses de l'épithélium, des cristaux de phosphate et de cholestérine.





CONCLUSIONS

Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche, résultent de l'enclavement d'une portion de l'ectoderme qui tapisse les fentes branchiales. Si le petit sac cutané ainsi formé, est pincé entre les deux moitiés du cartilage de Meckel ; le kyste qui se développe plus tard est adhérent à la face postérieure de la symphyse mentonnière. Le même mécanisme explique les adhérences à l'os hyoïde.

Les parois des kystes dermoïdes ont une structure absolument analogue à celle de la peau. Leur contenu, c'est-à-dire la matière sébacée, est constitué par des débris de cellules épidermiques ; par des granulations graisseuses, et par des cristaux d'acides gras. Rarement on y trouve des poils ; jamais des dents. Les diverses recherches bactériologiques qui ont été pratiquées jusqu'aujourd'hui, ont abouti à des résultats négatifs.

Cliniquement le kyste dermoïde se présente sous la forme d'une tumeur habituellement médiane,

arrondie, lisse, indolente, molle, quelquefois fluctuante ; plus souvent pseudo-fluctuante et gardant exceptionnellement l'empreinte du doigt qui la déprime. Elle fait souvent saillie à la fois du côté de la région buccale et du côté de la région sus-hyoïdienne, mais elle proémine presque toujours nettement de ce côté. Le diagnostic différentiel avec la grenouillette commune est parfois très difficile, surtout quand le kyste est latéral. Quant à la confusion avec le kyste mucoïde ; elle est la règle, tant que l'examen histologique n'a pas été fait.

Quand la tumeur kystique est petite, peu adhérente et proémine du côté de la bouche, on peut avoir recours à la voie buccale, mais presque toujours c'est la voie sus-hyoïdienne qui s'impose au chirurgien.

Vu le Doyen,
BROUARDEL.

Vu le Président de la thèse
TILLAUX

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CELSE. — Opera.

FABRICE D'AQUAPENDENTE. — Obs. med. cent. I.

PIERRE DE MARCHETTIS. — Recueil des obs. de médecine et de chirurgie, 1870. Traduction de Warmont (Th. de Paris, 1858).

GÉRARD. — Traité de Lupiologie, 1775.

JOURDAIN. — Traité des tumeurs, 1778.

BENJAMIN BELL. — Traité des maladies chirurgicales, 1796. (Traduction de Bosquillon, t. IV, p. 193).

HEISTER-HEISTERII. — Opera chirurgica, section II, caput 89.

LODER. — Journal de chirurgie, tome III.

SICHERER. — Rapport sur l'hôpital d'Heilbronn, 1837-1838, 38.

BERTHERAND. — Th. de Strasbourg, 1845.

LYME. — Th. de Bertherand, 1845.

RIGUAUD. — Th. de Bertherand, 1845.

LEBERT. — Mémoires de la Société de Biologie.

PERROULT. — Th. de Paris, 1858.

LUIHART. — Gaz. hebd. 1857, p. 134 et 1858, p. 502. Extrait de l'Östeneich Zeitung, 1857, n° 3 et 1858, n° 14.

DENONVILLIERS. — Compendium, t. III (art. des kystes dermoïdes du plancher de la bouche).

CRUVEILHIER. — Bulletin de la Soc. anatomique, 1862, 2^e série, t. VIII, p. 43.

LANDETTA. — Th. de Paris, 1863, p. 45 et 47.

MONFUMAT (DE) et GALLARD. — Bull. de la Soc. anat., 1865.

PAQUET. — Arch. gén. de med. (vol. II, 1867).

BRYANT. — Clinical surgery, 1870, p. 170.

VERNEUIL. — Kyste dermoïde du plancher de la bouche (Bull. de la soc. anat. 1872, p. 110).

PADIEU. — France médicale 1874.

NEUMANN. — Archiv. für klin. chir. 1877.

GUETERBOCK. — Lang. Archiv. für klin. chir. 1889.

CUSSET. — Th. de Paris, 1877.

RICHE. — Leçons cliniques, 1878.

DUPLAY. — Traité de path. externe, t. V.

DESPRÉS. — Dictionnaire méd. et de chir., t. XVI.

BARBÈS. — Th. de Paris 1879, n. 203.

GRUBER. — Arch. für path. anat. 1880, p. 442.

MEUNIER. — Bull. de la soc. anat. 1881, p. 122.

HOFMOHL. — In wiener medizinische Presse, 1881, p. 762.

COMBALAT. — Bull. et mémoires de la soc. de chirurgie, 1881, t. VII, p. 504.

NICAISE. — Bull. et mémoires de la soc. de chirurgie, 1881, t. VII, p. 498.

GÉHÉ. — Th. de Paris, 1882.

PILLON. — Th. de Paris, 1883.

BARKER. — Trans. of th. clin. soc. of London 1883, p. 215.

DARDIGNAC. — Soc. de chirurgie, 1883, p. 710.

GERSTER. — New-York méd. journ., 1883, p. 578.

- GOSSELIN. — In Ozenne (heb. gén. de méd., 1883, p. 281).
- WRIGHT. — The medical Ricord. 1885, p. 537.
- PAGET. — Trans. of the pathol. soc. of London, 1886.
- HADDEN. — Trans. of the pathol. soc. of London, 1886.
- FAWEL. — The lancet 1885, p. 843.
- JACKSON. — The lancet, 1885.
- GÉRARD-MARCHANT. — Bull. de la soc. anatomique, 1886
Seine, t. XV, p. 563.
- RECLUS. — Gazette hebdom. 1887 n. 5, p. 75.
- FERRON. — Gaz. hebdom., 1887 n. 5, p. 150.
- SUTTON. — Trans of the pathol. soc. of London, 1887, t. XXXVIII
p. 387.
- GUINARD. — Bull. Soc. anat. 1888.
- LEDIARD. — Path. soc. of London, 1888, p. 281.
- TILLIAUX. — Traité de chirurgie, Clin, Vol. t.
- LANNELONGUE ET ACHARD. — Traité des kystes congénitaux,
1886.
- LANNELONGUE ET MÉNARD. — Traité des affections congénitales,
1891.
- SCHMIT — Archives de méd. et chi. mili., 1891, p. 151.
- GÉRARD-MARCHANT. — Bull. de la soc. de chir. 1891, p. 26.
- CAYE. — Thèse de Paris, 1892.
- DUPLAY. — Bull. méd. 1891, p. 491.
- BAGNY. — Bull. Soc. chir. 1891, p. 28.
- QUÉNU. — Bull. Soc. Chir. 1892, p. 387.
- MONOD. — Bull. Soc. Chir. 1892, p. 487.
- ROUPIER. — Bull. Soc. Chir. 1893, p. 171.
- FAURE. — Thèse de Lyon, 1893.
- L. MARTIN. — Des kystes du canal thyro-lingual. Thèse Paris,
1895.

- DENUCÉ M. — Kyste du canal Bochdaleck. Communication à la soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux, avril 1894, Etudes et Mémoires de chirurgie, Bordeaux, 1894.
- FANO. — Traité de patohl. clin, T. II, p. 475.
- GUYMAN. — Des fistules congénitales du cou. Th. Paris, 1886
- GORRON. — Des fistules branchiales : Th. de Bordeaux, 1888.
- HARDING. — Contribution à l'étude des fistules congénitales. Th. de Kiel, 1891.
- HERTWIG. — Traité d'embryologie ou histoire du développement de l'homme et des vertébrés. Traduction Julin, 1891.
- HEURTAUX. — Nouveau dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratiques, t. XIX, 1874. Art. kystes, p. 753.
- KOLLIKER. — Embyologie. Traduction par A. Schneider, 1880-82.
- MARSHALL. — (C.F). Conduit thyroglossique ou canal de His. Journal of Anatomy, octobre 1891.
- NÉLATON. — Eléments de Pathologie chirurgicale. 1854, t. III, p. 384.
- QUÉNU. — Des arcs branchiaux chez l'homme. Thèse de concours d'agrégation. Paris, 1888.
- SARRAZIN. — Art. Cou du nouv. Dict. de méd. et chi. pratiques. IX.
- TAPIE. — Kyste congénital volumineux de la région latérale du cou. Midi médical. Toulouse, 1893, t. III, 281-284.
- MORESTIN. — Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet. Article. Tumeur du plancher de la bouche.
- HARTMANN. — Traité de Chirurgie Duplay et Reclus. T. V, p. 382.

